Conseil médical du Québec

Québec

103-02573/

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2001 – 2002

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

présenté à

Monsieur François Legault
Ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux

JUIN 2002

Le contenu de cette publication a été rédigé par le :

Conseil médical du Québec
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895
Internet : http://www.msss.gouv.qc.ca/cmq
Courrier électronique : cmq@msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal - 2002
Bibliothèque nationale du Québec, 2002
ISBN : 2-550-40137-9

Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Québec, juin 2002

Madame Louise Harel
Présidente de l'Assemblée
nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec

Madame la Présidente,

J'ai l'honneur de vous présenter le Rapport annuel de gestion du Conseil médical du Québec pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2002.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux,

FRANÇOIS LEGAULT

Québec, juin 2002

Monsieur François Legault
Ministre d'État à la Santé et
aux Services sociaux
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous remettre le Rapport annuel de gestion du Conseil médical du Québec pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2002.

Veuillez accepter, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Le président du Conseil médical du Québec,

JUAN ROBERTO IGLESIAS

PRÉSENTATION

Ce rapport annuel de gestion présente les principales activités du Conseil médical du Québec qui ont permis l'atteinte des résultats escomptés dans le Plan stratégique, pour la période s'étendant du 1er avril 2001 au 31 mars 2002.

Le rôle, la composition, le fonctionnement, ainsi que les valeurs et principes qui guident les travaux du Conseil, sont exposés dans la première partie du rapport. Les activités proprement dites sont décrites dans la seconde partie du rapport.

Avec l'adoption d'avis structurants, notamment ceux concernant l'organisation des services médicaux de première ligne, l'accessibilité au système de soins médicaux ainsi que sur l'organisation des services concernant la santé et les maladies mentales, le Conseil a conscience d'avoir atteint les principaux objectifs qu'il s'était fixés pour l'année 2001-2002 et surtout, de s'être inscrit, encore une fois, au cœur des plus importantes préoccupations actuelles du milieu de la santé.

Comme organisme-conseil, nous ne pouvons que souhaiter que les propositions formulées au cours de la dernière année puissent contribuer à l'amélioration des services médicaux pour la population. Ces propositions, adoptées à l'unanimité par les membres du Conseil, représentent l'opinion éclairée de professionnels, médecins et autres, issus de tous les horizons du milieu de la santé au Québec.

Par ailleurs, le Conseil a entrepris d'autres travaux majeurs inscrits dans son Plan stratégique 2001-2003. Les résultats de ces travaux devraient être transmis au Ministre au cours de l'année 2002-2003.

Ces travaux portent entre autres, sur l'imputabilité médicale et sur les indicateurs de qualité et de résultats dans la prestation des services médicaux. Ils portent également sur les liens fonctionnels essentiels entre la première ligne de services médicaux et ceux des deuxième et troisième lignes de services, c'est-à-dire le cheminement du patient dans le système de santé.

Ils portent enfin sur deux autres sujets majeurs pour le système de santé, à savoir : le professionnalisme et l'engagement des médecins au Québec, dans le premier cas, et sur les services assurés, à la faveur et en réaction avec les pressions exercées par les nouvelles technologies, dans le second cas.

Le président,

JUAN ROBERTO IGLESIAS

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE
LE CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC 11

1. Le rôle du Conseil 11
2. Les membres du Conseil au 31 mars 2002 14
   Membres ayant droit de vote 14
   Membres n'ayant pas droit de vote 18
3. Le fonctionnement du Conseil 19
   Le processus 19
   Les ressources du Conseil 20
   Le code de déontologie 20
   La protection des renseignements personnels 21

DEUXIÈME PARTIE
LES VALEURS ET LES PRINCIPES QUI GUIDENT LES MEMBRES DU CONSEIL 23

TROISIÈME PARTIE
LES ACTIVITÉS DU CONSEIL 27

1. Les séances du Conseil et les réunions des comités de travail . 27
2. Les travaux des comités 28
   Comité sur l'organisation des services de 1ère ligne 28
   Comité sur les effectifs médicaux 28
   Comité sur l'accessibilité aux services médicaux 30
   Comité sur la santé mentale 31
   Comité sur l'imputabilité médicale 32
   Comité sur les services assurés 32
   Comité sur l'organisation de la pratique médicale 34
3. Orientations 33

QUATRIÈME PARTIE
LES PUBLICATIONS DU CONSEIL 37

CINQUIÈME PARTIE
DÉCLARATION DE CONFORMITÉ 43

PREMIÈRE PARTIE
LE CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

1. Le rôle du Conseil

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec, adoptée par l'Assemblée nationale, le 10 décembre 1991.

Le Conseil médical du Québec est un organisme consultatif auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux.

La Loi confie au Conseil médical du Québec la fonction générale de conseiller le Ministre sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des coûts des services médicaux et de la capacité de payer de la population.

En outre, cette loi définit le mandat du Conseil médical du Québec en deux parties distinctes.

La première partie accorde au Conseil le pouvoir de donner des avis au Ministre entre autres sur :

« 1° l'orientation des services médicaux en fonction des priorités du système de santé, notamment l'évolution, l'organisation, la distribution de ces services et les moyens de mieux harmoniser les services médicaux dispensés par les établissements au sens

de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et en cabinet privé ;

2° les besoins en effectifs médicaux en omnipratique et en spécialité, pris globalement ou pris par spécialité, et la répartition des effectifs dans les différentes régions ou territoires du Québec, compte tenu des caractéristiques de la population et des ressources budgétaires disponibles ;

3° l'évolution et l'adaptation de la pratique médicale face aux besoins en émergence, aux réalités nouvelles et aux standards de qualité ;

4° les différents types de pratique médicale eu égard aux besoins prioritaires de la population ;

5° les projets de règlement visant la couverture des services médicaux assurés ;

6° les modes les plus appropriés de rémunération des médecins ;

7° les politiques ou programmes ayant pour objet la rationalisation de la priorisation de la dispensation d'un service médical. »

La seconde partie du mandat renferme deux volets. Dans le premier, la loi fait obligation au Ministre de consulter le Conseil pour obtenir des avis sur les questions suivantes :

« 1° les projets de règlement relatifs à l'organisation clinique des services médicaux dispensés par les établissements ;

2° les politiques relatives à la main-d'oeuvre médicale notamment la politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine ;

3° le cadre de référence de la répartition des effectifs médicaux notamment en ce qui concerne les objectifs de croissance ou de décroissance à établir pour chaque région du Québec. »

Dans le second volet, la Loi fait par ailleurs obligation au Conseil de fournir son avis au Ministre sur toute autre question qu'il lui soumet et dans les délais qu'il prescrit.

2. Les membres du Conseil au 31 mars 2002

Membres ayant droit de vote

La Loi sur le Conseil médical du Québec stipule que ce dernier est composé de quinze membres ayant droit de vote, dont au moins huit, doivent être des médecins.

De plus, la Loi détermine un processus précis de nomination des membres ayant droit de vote. C'est ainsi que ces derniers sont nommés par le gouvernement sur recommandation du ministre de la Santé et des Services sociaux, de la façon suivante :

« 1° deux médecins omnipraticiens choisis parmi une liste de cinq médecins qui sont recommandés par l'organisme représentatif des médecins omnipraticiens ;

2° deux médecins spécialistes choisis parmi une liste de cinq médecins qui sont recommandés par l'organisme représentatif des médecins spécialistes ;

3° un médecin choisi parmi une liste de trois médecins qui sont recommandés par la Corporation professionnelle des médecins du Québec (aujourd'hui appelée Collège des médecins du Québec) ;

4° un médecin choisi parmi une liste de trois médecins qui sont recommandés par l'organisme regroupant les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements ;

5° quatre personnes nommées après consultation des doyens des facultés de médecine ainsi que des recteurs des universités du Québec ayant une faculté de médecine, d'un organisme dont le mandat est l'évaluation des technologies de la santé, du Fonds de la recherche en santé du Québec et du Conseil consultatif de pharmacologie ;

6° trois personnes nommées après consultation du milieu de la santé et des services sociaux ;

7° un résident en médecine choisi parmi une liste de trois résidents qui sont recommandés par l'organisme représentatif de cette catégorie de personnes ;

8° une personne inscrite en formation médicale doctorale choisie parmi une liste de trois personnes qui sont recommandées par l'organisme représentatif de cette catégorie de personnes. »

La Loi stipule en outre, que le président du Conseil est nommé pour cinq ans et les autres membres, pour une période de quatre ans.

Dr Juan Roberto Iglesias
Président
Vice-doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Dr André Bonin, vice-président
Pathologiste
Cité de la Santé de Laval

Dr Jean-Marie Albert
Psychiatre
Centre hospitalier régional de Lanaudière, Joliette

Dr Marc A. Bois
Cardiologue
Institut de cardiologie de Montréal

Dr Patrick Garceau
Résident en hématologie
Université Laval

Dr Sophie Gosselin
Résidente en médecine d'urgence
Université McGill

Dr Louis Lapointe
Chirurgien général
Centre hospitalier régional du Grand-Portage, Rivière-du-Loup

Madame Michèle Laverdure
Conseillère en gestion, services de santé et services sociaux

Dr Joëlle Lescop
Secrétaire générale
Collège des médecins du Québec

Dr Laurent Marcoux
Omnipraticien
Centre médical St-Denis, Saint-Denis-sur-Richelieu

Dr Jonathan L. Meakins
Chirurgien
Centre de santé de l'Université McGill

Dr Bernard Millette
Omnipraticien
Cité de la Santé de Laval

Madame Marie Pineau
Pharmacienne
Berlex Canada Inc.

Madame Micheline Ulrich
Infirmière

Dr Raymonde Vaillancourt
Omnipraticienne
Clinique médicale Vimy, Sherbrooke

Membres n'ayant pas droit de vote

D'autre part, le Conseil compte un certain nombre de membres n'ayant pas droit de vote. Il s'agit du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux et des sous-ministres adjoints de ce ministère. Il s'agit aussi de toute personne désignée par le Ministre. À ce titre, on retrouve :

Dr Brigitte Bernard
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Estelle Lépine
Ministère de l'Éducation

Dr Yves Landry
Régie de l'assurance-maladie du Québec

Monsieur Robert Tremblay
Ministère de la Santé et des Services sociaux

3. Le fonctionnement du Conseil

Les membres du Conseil médical du Québec ont spontanément et unanimement choisi, dès le départ, comme principal mode de fonctionnement, simple mais exigeant, la participation active aux travaux de l'organisme. C'est ainsi que chacun d'entre eux s'investit personnellement dans les travaux d'au moins un comité du Conseil, en fonction de l'intérêt individuel que suscite le thème particulier ou de l'expertise requise pour le traiter. D'autres modalités de travail pourraient aussi être utilisées selon les circonstances.

Le processus

- Les membres des comités, avec le concours des professionnels de la Permanence du Conseil, élaborent une méthode de travail en fonction du thème étudié. Ils déterminent un échéancier et participent activement à la réalisation des travaux.

- À chacune de leurs séances régulières, les membres du Conseil prennent connaissance de l'évolution des travaux des comités et formulent, le cas échéant, des orientations ou des recommandations pour la poursuite du travail.

- Au terme de leurs réflexions, les comités présentent leurs recommandations au Conseil qui décide alors de la nature et de la forme des interventions qu'il entend faire concernant ces recommandations.

Les ressources du Conseil

En 2001-2002 les ressources financières du Conseil ont été d'environ 469 000 $.

La Permanence est composée, outre le président, des personnes suivantes :

Médecin conseil
Colette Roberge

Documentaliste
Denis Santerre

Agent(e)s de recherche
Christine Beaulieu
Christian Coutlée
Claude Roberge

Agente de secrétariat
Liette Saillant

Le code de déontologie

En conformité avec le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, sanctionné par le gouvernement le 17 juin 1998, le Conseil a adopté, le 23 avril 1999, un Code d'éthique et de déontologie à l'intention des membres du Conseil médical du Québec. Le Code d'éthique est disponible sur demande et peut être consulté sur le site Internet du Conseil médical du Québec.

La protection des renseignements personnels

Le Conseil médical du Québec s'est conformé aux directives émises en mai 1999 concernant la mise en œuvre du plan d'action gouvernemental de protection des renseignements personnels.

Considérant la taille du Conseil et surtout l'absence quasi totale de renseignements personnels en sa possession, le Conseil a jugé utile d'associer ses responsabilités en cette matière à celles du Comité ministériel responsable de la Loi d'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels.

DEUXIÈME PARTIE

LES VALEURS ET LES PRINCIPES QUI GUIDENT LES MEMBRES DU CONSEIL

Après avoir complété, en 1995-1996, un premier cycle d'activités axées sur leur programme initial de travail, les membres ont voulu rétrospectivement reconnaître les valeurs et les principes qui les ont inspirés tout au long de leurs réflexions et qui serviront de guides dans la poursuite de leurs travaux. Ce sont les suivants :

1) Le Conseil croit qu'il est non seulement souhaitable, mais essentiel et possible de préserver les principes fondamentaux sur lesquels repose notre système de soins de santé, à savoir : l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et le caractère public de sa gestion et de son financement.

2) Le Conseil pense que la préservation de la liberté thérapeutique dans la relation patient-médecin, sans ingérence administrative, constitue un préalable à toute organisation d'un système de soins de qualité.

3) Le Conseil pense aussi qu'il est essentiel que l'optimalisation de la pratique clinique soit développée et animée par les pairs plutôt que par des instances technocratiques. La participation des médecins à la gestion du système de soins de santé nécessite cependant la responsabilisation totale des professionnels et à terme, leur imputabilité.

4) Le Conseil croit également que les modifications qui doivent être apportées au système et qui touchent à la manière de donner les soins, doivent être faites dans un esprit de collaboration avec les médecins. L'information et la persuasion sont nécessaires pour susciter l'adhésion du corps médical sans laquelle les changements sont voués à l'échec.

5) Le Conseil considère que la responsabilisation des médecins et de la population doit être à la base de l'organisation des services de santé. La responsabilisation des médecins et de la population constitue le moyen le plus dynamique pour susciter les comportements individuels corrects attendus de la part des médecins et des bénéficiaires.

6) Le Conseil estime que l'organisation des services doit être orientée dans une perspective de préservation de la santé qui reconnaisse et conjugue la double démarche médicale, préventive et curative.

7) Le Conseil est convaincu que le modèle d'organisation des soins doit être conçu pour garantir l'efficacité et la qualité des services, ainsi que leur pertinence. Le Conseil est d'avis que la qualité des services passe obligatoirement par la continuité des soins. C'est en somme, l'approche globale et intégrée des services de santé de l'individu que le Conseil préconise.

8) Le Conseil juge qu'il est essentiel de maîtriser les coûts totaux du système.

9) Le Conseil croit enfin que la réorganisation du système de soins doit être axée sur la notion de services à la clientèle plutôt que sur la défense ou la protection de l'organisation actuelle des services.

TROISIÈME PARTIE
LES ACTIVITÉS DU CONSEIL

Cette partie du Rapport de gestion est consacrée à l'examen des résultats atteints par le Conseil médical du Québec en fonction des objectifs annoncés dans le Plan stratégique 2001-2003.

Six des onze objectifs déterminés par le Conseil dans le Plan stratégique 2001-2003 sont atteints au 31 mars 2002. Quatre autres objectifs sont en voie de réalisation et les travaux devraient être complétés avant le 31 mars 2003. L'objectif no 8 concernant la dynamique de fonctionnement des centres hospitaliers universitaires a été abandonné pour deux raisons : le manque de ressources au Conseil et la décision du ministère de mettre sur pied un groupe de travail spécifiquement dédié à cette question.

Le lecteur trouvera à la fin de cette deuxième partie, un tableau-synthèse des objectifs fixés et des résultats obtenus au cours de la dernière année.

1. Les séances du Conseil et les réunions des comités de travail

Entre le 1er avril 2001 et le 31 mars 2002, le Conseil a tenu 5 séances régulières. Celles-ci ont eu lieu alternativement à Québec et à Montréal. Les différents comités ont, pour leur part, tenu dans l'ensemble 37 réunions de travail. Ajoutons à cela que le personnel de la Permanence s'est réuni 33 fois.

2. Les travaux des comités

Comité sur l'organisation des services de 1ère ligne

Objectif no 1 : Proposer en 2001-2002 des stratégies d'implantation de modèles d'organisation et de pratique médicale en 1ère ligne

Résultat : En septembre 2001, le Conseil adoptait un avis sur la réorganisation des services médicaux de 1re ligne.

Comité sur les effectifs médicaux

Le Comité sur les effectifs médicaux est un comité permanent du Conseil médical du Québec. Cela est rendu nécessaire par les exigences de la Loi sur le Conseil médical du Québec qui fait obligation à ce dernier de fournir des avis au Ministre sur les politiques relatives à la main-d'œuvre médicale notamment la politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine. La Loi l'oblige également à fournir des avis sur le cadre de référence de la répartition des effectifs médicaux , particulièrement en ce qui concerne les objectifs de croissance ou de décroissance à établir pour chaque région du Québec.

Objectif no 9 : Produire en 2001-2002 un avis sur la répartition des places dans les programmes de résidence.

Résultat : En octobre 2001, le Conseil médical a adopté l'*Avis sur la politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2002-2003*.

Objectif no 10 : Produire en 2001-2002 un avis sur le nombre annuel autorisé d'inscriptions dans les facultés de médecine.

Résultat : En mars 2002, le Conseil adoptait l'*Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2002-2003 à 2003-2004*.

Objectif no 11 : Analyser en 2001-2002 le plan de l'effectif médical 2001-2003 soumis par le Ministère et présenter un avis sur cette question.

Résultat : Transmission au Ministre, en mai 2001, de l'*Avis sur le plan de l'effectif médical 2001-2003*.

Objectif no 5 : Produire en 2002-2003 un avis sur le professionnalisme et l'interprétation de la notion du ratio médecin/population.

Résultat : Les travaux sur cette question se sont poursuivis en 2001-2002 et le Conseil devrait normalement adopté un document à cet effet lors de sa séance de mai 2002.

Comité sur l'accessibilité aux services médicaux

Objectif no 3 : Produire en 2001-2002 un avis sur l'accessibilité au système de soins médicaux.

Résultat : L'avis intitulé *L'accessibilité aux services médicaux : Attente et attentes* a été adopté à la séance du Conseil médical tenue le 15 juin 2001 et il a été transmis au ministre de la Santé et des Services sociaux le 30 juin 2001.

En examinant les difficultés d'accessibilité inhérentes à d'autres systèmes de soins, le Conseil a voulu cerner l'ampleur des problèmes d'accessibilité vécus par la population dans notre système de soins au Québec. Après avoir constaté les effets des changements sur le nombre et le type des ressources humaines affectées lors des transformations dans le système hospitalier et l'élargissement de la pratique ambulatoire, l'avis souligne à quel point il s'avère difficile d'utiliser les données actuellement compilées sur les listes d'attente pour bien connaître, comparer et surtout améliorer le fonctionnement de notre organisation de soins.

Le Conseil souligne l'urgence de développer des outils de mesure destinés à mieux connaître les résultats de l'utilisation de nos ressources si l'on veut que notre système de soins puisse contrer l'accroissement anticipé de la demande.

Ce document contient plusieurs recommandations visant le développement d'outils informationnels pour optimiser le temps clinique des praticiens et faciliter la circulation de l'information pertinente.

Cet avis vise à sensibiliser le ministre de la Santé et des Services sociaux à ces préoccupations et alimente le débat sur la nécessité de se doter d'outils informationnels mieux adaptés.

Comité sur la santé mentale

Objectif no 2 : Produire en 2001-2002 un avis sur l'organisation des services concernant la santé et les maladies mentales.

Résultat : Au cours de l'année 2001, le comité de travail sur les maladies mentales a réalisé un avis, assez volumineux, intitulé *Les maladies mentales : un éclairage contemporain.*

Cet avis situe l'importance de la prévalence des maladies mentales autres que les troubles sévères et persistants et recommande au Ministère de les prendre en compte dans l'actualisation de la politique de santé mentale ainsi que dans sa planification des services de santé. L'ampleur des préjugés et des tabous ainsi que les besoins importants d'information et de diffusion des connaissances au sujet des maladies mentales sont également analysés. Des recommandations suivent concernant les divers aspects de la diffusion de connaissances, basées sur des données probantes, tant auprès de la population que des professionnels, des gestionnaires et des décideurs. Enfin la pratique médicale en psychiatrie, en première et deuxième lignes, est examinée sous l'angle de l'accessibilité à des services médicaux de qualité et intégrés. Des recommandations sont faites concernant le

choix d'un modèle de soins partagés entre les médecins de famille et les psychiatres et le rôle de la deuxième ligne.

Comité sur l'imputabilité médicale

Objectif no 6 : Proposer en 2002-2003 un avis sur l'imputabilité médicale et sur les indicateurs de qualité et de résultats dans la prestation des services médicaux.

Résultat : Le comité de travail sur l'imputabilité médicale a, pour sa part, amorcé ses travaux en 2002. Le sujet est déjà bien cerné : l'imputabilité médicale et ses composantes, la « gouvernance clinique » comme mécanisme d'exercice de l'imputabilité face à des soins de qualité essentiellement liés à des objectifs de gains de santé. Tablant sur les acquis concernant les préoccupations et l'évaluation de la qualité des services médicaux, le comité analysera la nature et les conditions de succès de la mise en place d'une bonne « gouvernance clinique ». Cet avis rejoint le sixième objectif de la planification stratégique du Conseil médical et son échéancier est prévu en 2003.

Comité sur les services assurés

Objectif 4 : Produire en 2002-2003 un avis sur la révision du panier de services assurés.

Avis antérieurs sur des sujets connexes :

- *Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés - AVIS 95-04.*

- *Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé aux services médicalement requis d'un système de santé modernisé - AVIS 99-03*

Résultat : Conformément à son programme de travail prévu dans le Plan stratégique 2001-2003, à l'automne 2001, le Conseil médical du Québec a mandaté un comité afin de produire un avis sur la révision du panier de services médicaux assurés par l'État.

Face à la montée des coûts des services médicaux, engendrés à la fois par des facteurs structuraux et par l'ajout de nouveaux traitements ou médicaments, le Conseil se préoccupe du manque de transparence des processus d'innovation et de modernisation affectant la pérennité des services offerts. En continuité avec les avis antérieurs, la réflexion en cours porte sur les moyens de garantir à la population l'accès à une gamme de services médicaux efficaces et nécessaires.

Concrètement, le comité a déjà franchi plusieurs étapes de son plan de réalisation de l'avis. Il a déjà complété les étapes de démarrage, de recherche documentaire relative à la situation québécoise et aux expériences étrangères. Il amorce la préparation de résumés qui serviront aux analyses, à l'articulation des constats, à la consultation d'experts et à la rédaction de l'avis à l'intention du Ministre.

Comité sur l'organisation de la pratique médicale

Objectif no 7 : Étudier en 2002-2003, la question de l'organisation des services médicaux de 2e et 3e lignes et l'identification des liens fonctionnels essentiels entre la première ligne et ces lignes de services médicaux. Produire un avis à cet effet.

Résultat : Les membres du comité de travail ont été nommés en mars 2002 et les travaux de recherche bibliographiques sont actuellement en cours. Dans la perspective où l'organisation des services de santé doit s'articuler autour des besoins du patient, la continuité des soins s'avère l'élément majeur qui doit être maintenu et renforcé. Les travaux du comité tenteront d'évaluer de quelle manière les médecins peuvent contribuer à améliorer la situation dans la dynamique de changements structurels importants dans l'architecture des services.

3. Orientations

ORIENTATION 1 : CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE QUÉBÉCOIS	
Axe d'intervention 1 : L'accessibilité aux services médicaux	
Objectif 1	Proposer en 2001-2002 des stratégies d'implantation de modèles d'organisation et de pratique médicale en 1ère ligne
	En septembre 2001, le Conseil médical adoptait l'*Avis sur la réorganisation des services médicaux de 1ère ligne.*
Objectif 2	Produire en 2001-2002 un avis sur l'organisation des services concernant la santé et les maladies mentales
	En septembre 2001, le Conseil médical a adopté l'avis intitulé *Les maladies mentales : un éclairage contemporain.*
Objectif 3	Produire en 2001-2002 un avis sur l'accessibilité au système de soins médicaux
	En juin 2001, le Conseil médical a adopté l'avis intitulé *L'accessibilité aux services médicaux : Attente et attentes.*
Objectif 4	Produire en 2002-2003 un avis sur la révision du panier de services assurés
	Le comité du Conseil médical à qui ce mandat a été confié poursuit présentement ses travaux et estime être en mesure de faire adopter un avis sur le sujet au printemps 2003.
Axe d'intervention 2 : L'organisation de la pratique médicale	
Objectif 5	Produire en 2002-2003 un avis sur le professionnalisme et l'interprétation de la notion du ratio médecin/population
	Un document intitulé *Réflexion sur le professionnalisme et l'engagement social des médecins* a été adopté par le Conseil médical en mai 2002. La partie du mandat concernant l'interprétation de la notion du ratio médecin/population n'a pu être réalisée faute de données objectives comparatives.
Objectif 6	Proposer en 2002-2003 un avis sur l'imputabilité médicale et sur les indicateurs de qualité et de résultats dans la dispensation des services médicaux
	Les travaux sur cette question sont amorcés depuis l'automne 2002 et l'avis devrait être adopté au cours du printemps 2003.
Objectif 7	Étudier en 2002-2003 la question de l'organisation des services médicaux de 2e et de 3e lignes, et l'identification des liens fonctionnels essentiels entre la 1ère ligne des services médicaux et les autres lignes, et produire un avis à cet effet
	Ce mandat est en voie de réalisation et devrait être complété d'ici le mois de mars 2003.
Objectif 8	Analyser en 2002-2003 la dynamique de fonctionnement des centres hospitaliers universitaires et produire un avis sur cette question
	Compte tenu des ressources humaines disponibles et du fait que le ministère a créé un Groupe de travail spécifique sur cette question, le projet a été abandonné pour l'instant.
ORIENTATION 2 : CONTRIBUER À L'ÉVALUATION DES BESOINS EN MÉDECINS, À LA COMPOSITION DE L'EFFECTIF MÉDICAL ET À SA RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE QUÉBÉCOIS	
Axe d'intervention 3 : La planification des effectifs médicaux	
Objectif 9	Produire en 2001-2002 un avis sur la répartition des places dans les programmes de résidence
	Le Conseil a adopté l'avis sur *La politique des inscriptions dans les programmes de formation post doctorale en médecine pour 2002-200.* en octobre 2001.
Objectif 10	Produire en 2001-2002 un avis sur le nombre annuel autorisé d'inscriptions dans les facultés de médecine
	L'avis sur *Le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2002-2003 à 2003-2004* a été transmis au Ministre en mai 2002.
Objectif 11	Analyser en 2001-2002 le plan de l'effectif médical 2001-2003 présenté par le Ministère et présenter un avis sur cette question
	Les travaux sur cette question seront entrepris dès que le ministère de la Santé et de Services sociaux déposera une proposition, vraisemblablement dans les prochains mois.

QUATRIÈME PARTIE

LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

Avis :

93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993

94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994

94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994

94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994

94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994

95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995

95-02

Avis sur la répartition géographique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995

95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995

95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995

96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996

96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1re ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996

96-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996

97-01

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, juin 1997

97-02

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec, septembre 1997

97-03

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997

98-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998

98-02

Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec, mars 1998

98-03

Avis «Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir», octobre 1998

98-04

Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle, décembre 1998

98-05

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, octobre 1998

99-01

Avis sur les cibles en spécialité : mythes et réalités, juin 1999

99-02

Avis sur les propositions de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, juin 1999

99-03

Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé aux services médicalement requis d'un système de santé modernisé, octobre 1999

99-04

Avis sur le chef de département clinique : rôle et responsabilités, octobre 1999

2000-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 2000-2001 à 2002-2000, janvier 2000

2001-01

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2001-2002, février 2001.

2001-02

Avis sur le plan de l'effectif médical 2001-2003, mai 2001.

2001-03

Avis « L'accessibilité aux services de santé : attente et attentes », juin 2001.

2001-04

Avis « Les maladies mentales : un éclairage contemporain », septembre 2001.

2001-05

Avis sur la réorganisation des services médicaux de 1re ligne, septembre 2001.

Rapports d'activités :

1993-1994, 1994-1995, 1995-1996, 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 2000-2001.

Autres :

- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socio-économiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995

- Réactions commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995.

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient, juin 1996.

- Avis sur les conséquences prévisibles de la grève illégale des infirmières et des infirmiers du Québec, juillet 1999.

- Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médicaux – Synthèse des avis du Conseil médical du Québec, septembre 2000.

- Avis sur le projet de la nouvelle Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2001-2002 à 2003-2004, mai 2001.

CINQUIÈME PARTIE

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

J'affirme que les renseignements contenus dans ce rapport annuel de gestion sont fiables. Au meilleur de ma connaissance, ils sont objectifs, exempts d'erreurs et reflètent fidèlement la réalité des travaux réalisés par le Conseil médical du Québec ainsi que les objectifs atteints en fonction du Plan stratégique 2001-2003 présenté par le Conseil en mars 2001.

Le président,

Juan Roberto Iglesias